



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A.,
beide te Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), indicatie

Zaaknummer : 201503425

Zittingsdatum : 18 mei 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Gemeenten Start afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Module Eigen Bijdrage Thuiszorg is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 3 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 13 januari 2016 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 20 januari 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 maart 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 maart 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 april 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 april 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 29 maart 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 6 april 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016038309) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker geen indicatie heeft voor het PGB vv, aangezien de aan hem verleende zorg goed planbaar is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 8 april 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft ten aanzien van verzoeker verklaard: *"hr is Irakees, praat geen Nederlands, zeer minimaal Engels. Zoon is tolk. (...) partner van hr heeft voorheen altijd voor hr gezorgd, kan dit niet meer alleen gezien haar gezondheid en leeftijd. Neemt de nodige zorg op haar. Zoon van hr komt dagelijks langs voor of na zijn werk om voor hr te zorgen en de nodige taken te verrichten (...) bij inspanning is hr soms wat benauwd (...) voor de derde keer dit jaar een blaasontsteking (...) p.o.b. klachten waarvoor z.n. nitrospray (...) zoon geeft aan dat hr met enige regelmaat vergeetachtig is. Het gaat dan zowel om korte als lange termijn geheugen. (...) hr heeft laatste tijd regelmatig last van obstipatie. Familie heeft hierover contact opgenomen met de huisarts (...). Heeft medicatie voorgeschreven die nog niet voldoende zijn werk doet, aldus zoon. (...) zoon geeft aan dat het gehoor van hr achteruit gaat, willen hierop momenteel geen actie. (...) hr is bekend met bloedverdunners, heeft mogelijk hierdoor snel blauwe plekken. (...) Hr heeft pijn ook bij het lopen/transfers, dit komt door de botontkalking (rugklachten) aldus zoon. Hr kan niet zonder hulp de trap op of af (er is geen trapliftje) (...) moeite met het wassen van kleding (...) douchen/baden (...) aankleden, onderlichaam (...) aankleden, bovenlichaam (...) wassen/kammen van het haar (...) poetsen/flossen/mondhygiëne (...) hr is bekend met prostaatklachten. Incontinent van urine. (...)".*
- 4.2. De zorg die aan verzoeker wordt verleend is niet planbaar. Hij moet in verband met een verwijderde prostaat vaak naar het toilet, en de tijdstippen hiervan zijn niet vooraf bekend. Als gevolg van incontinentie moet zijn kleding vaak worden verschoond, en moet zijn korset vaak worden aan- en uitgetrokken. Verzoeker heeft ook hulp nodig bij het zich verplaatsen binnen de woning in verband met zijn rugklachten. Hij valt meerdere keren per dag. De zoon van verzoeker moet regelmatig snipperuren opnemen op zijn werk om verzoeker te kunnen bijstaan. Ook hieruit blijkt dat de zorg niet planbaar is. Verzoeker voldoet aan de voorwaarden voor toekenning van het PGB vv. Hij heeft zorg nodig op wisselende tijdstippen, en deze zorg dient 24 uur per dag beschikbaar te zijn in de nabijheid of op afroep. Daarnaast spreekt verzoeker geen Nederlands, en wil hij vanwege zijn geloofsovertuiging niet persoonlijk worden verzorgd door een onbekende man of vrouw. Zijn voorkeur gaat uit naar zijn zoon.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verpleging en verzorging in de thuissituatie maken vanaf 1 januari 2015 deel uit van de zorgverzekering. Een en ander is geregeld in artikel 2.10 Bzv. Deze wijziging houdt in dat verzoeker met ingang van 1 januari 2015 de geïndiceerde zorg ontvangt via de ziektekostenverzekeraar. In artikel B.26 van de zorgverzekering is geregeld in welke gevallen aanspraak bestaat op verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. In het artikel is ook de mogelijkheid van het PGB vv opgenomen. De nadere voorwaarden voor het PGB vv zijn omschreven in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Deze voorwaarden zijn gebaseerd op bestuurlijke afspraken over de uitgangspunten en de inhoud van het PGB vv, die in 2014 zijn gemaakt tussen het Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Per Saldo. In het reglement is opgenomen dat een indicatie dient te bestaan voor verpleging en verzorging, waarbij de verzekerde langer dan een jaar op de zorg is aangewezen. De verzekerde moet daarnaast in staat zijn de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden, op verantwoorde wijze uit te voeren, een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap en de ingeschakelde zorgaanbieders zo aan te sturen dat kan worden gesproken van verantwoorde zorg.
- 5.2. Indien een indicatie bestaat en er bewust voor wordt gekozen geen gebruik te maken van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders, kan men in aanmerking komen voor een PGB vv indien is voldaan aan één van de volgende voorwaarden:
- de verzekerde heeft vaak (meer dan drie keer per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
 - de verzekerde heeft zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten van de dag en/of op afroep;
 - de verzekerde heeft zorg nodig die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
 - er is een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die benodigd is, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
- 5.3. Verzoeker heeft een indicatie voor zes uur en twintig minuten persoonlijke verzorging per week, en drie uur en dertig minuten verpleging. Hij heeft op het aanvraagformulier voor het PGB vv aangekruist dat hij vaak (meer dan drie keer per week) zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties. Ook heeft hij zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen en die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep. Gebleken is dat verzoeker zorg nodig heeft bij het douchen, scheren, haren wassen, nagels knippen, de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), avondzorg, het aanreiken van medicatie, het druppelen van de ogen en bij eventuele extra zorgmomenten/calamiteiten. Daarnaast is hij incontinent van urine en heeft hij hulp nodig bij transfers.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat de geïndiceerde persoonlijke verzorging goed is te plannen op vaste momenten. Daarom kan deze zorg door een gecontracteerde zorgaanbieder worden geleverd. De planbaarheid van de zorg blijkt uit het feit dat de zoon van verzoeker vóór of na zijn werk bij hem langs gaat. Ook volgens de wijkverpleegkundige is de zorg goed te plannen. De extra zorgmomenten in verband met de incontinentie doen hieraan niets af. Indien verzoeker hiervan last heeft terwijl de zorgverlener aanwezig is, kan deze hem hiermee helpen. Daarnaast deelde de indicerende wijkverpleegkundige aan de ziektekostenverzekeraar mede dat de echtgenote van verzoeker hem op deze momenten verzorgt, ondanks haar beperkingen. De zorg die zij verleent, valt onder mantelzorg, en kan daarom geen grond vormen voor het toekennen van het PGB vv. Bovendien maakt verzoeker gebruik van incontinentiemateriaal. De ziektekostenverzekeraar heeft begrip voor het feit dat verzoeker wil worden geholpen door zijn zoon vanwege zijn geloofsovertuiging, de culturele barrière en het feit dat hij geen Nederlands en nauwelijks Engels spreekt, maar dit vormt geen reden voor toekenning van het PGB vv.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog aan verzoeker toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.26. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.26. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op wijkverpleging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Zorg: waar hebt u recht op?”

De zorg omvat verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering of een hoog risico op die zorg.

De zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement. (...)

Algemeen

In bepaalde gevallen kunt u voor wijkverpleging ook een PGB (Persoons Gebonden Budget) aanvragen bij ons. In het Reglement PGB Verpleging & Verzorging, wat deel uit maakt van deze verzekeringsvoorwaarden leest u daar meer over. (...)

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb vv. U komt in aanmerking voor het pgb vv als: (...)

2. U langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. Hierbij zijn de functiebeperkingen niet veroorzaakt door normale verouderingsprocessen.

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger (ouder, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt o.a. in contracten afsluiten en controleren met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten;

- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw wettelijk vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap.
- dat u in staat bent de zorgverleners die u heeft gecontracteerd op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg."

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Hebt u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én kiest u er bewust voor om geen gebruik te maken van zorgverleners die door ons zijn gecontracteerd? Dan kunt u in aanmerking komen voor een pgb vv. Hiermee kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb vv. Hierbij moet uw zorgvraag aansluiten bij een of meer van de volgende voorwaarden:

- u hebt vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- u hebt zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
- u hebt zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- er is een noodzaak voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

- 8.6. Artikel B.26. van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Verpleging en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv.

Het PGB was ten tijde van het onderhavige geschil als zodanig niet bij wet geregeld.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het onderhavige geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.

- 9.2. Aangezien de ziektekostenverzekeraar zich niet erop heeft beroepen dat door verzoeker niet wordt voldaan aan het bepaalde in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar, zal de commissie zich bij de beoordeling beperken tot de vraag of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoeker ontvangt, bestaat uit hulp bij het douchen, het aan- en uitkleden, het kammen van het haar, het poetsen en flossen van de tanden, het verschonen van de kleding en het verwisselen van het incontinentiemateriaal. Dit betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn. Voor zover het hulp bij tussentijdse calamiteiten betreft, zoals vaker naar het toilet moeten dan wel het incontinentiemateriaal vaker moeten verwisselen, is gebleken dat de echtgenote van verzoeker hem hiermee helpt. Deze zorg valt onder mantelzorg, en vormt geen reden tot toekenning van het PGB vv. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. De door verzoeker naar voren gebrachte problemen in verband met zijn geloofsovertuiging, culturele achtergrond en taalbarrière, vormen niet een zodanige noodzaak. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van zijn zoon, betekent dit niet dat formele zorgverleners hem de noodzakelijke zorg niet kunnen verlenen. Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen mogelijkheid voor een PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 18 mei 2016,

A.I.M. van Mierlo